

Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia¹

Zuleima Cogollo²

Edna Gómez³

Oney's De Arco⁴

Indira Ruiz⁴

Adalberto Campo-Arias⁵

Resumen

Introducción: La presencia de síntomas depresivos con importancia clínica, a lo largo del ciclo vital, es el resultado de la imbricación de múltiples factores. Se ha señalado que la disfuncionalidad familiar se relaciona positivamente con síntomas depresivos con importancia clínica; sin embargo, los datos son divergentes. *Objetivo:* Establecer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de estrato bajo (I) en Cartagena, Colombia. *Método:* Se diseñó un estudio transversal en el que participaron estudiantes de secundaria. Se cuantificó la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar y síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Zung para depresión. Se usó la regresión logística para controlar confusores. *Resultados:* Participaron 424 estudiantes de séptimo a undécimo grado con edad promedio de 14,7 años (DE=1,6), 59% mujeres y una escolaridad promedio de 8,6 (DE=1,3). Informaron disfuncionalidad familiar el 41% y síntomas depresivos con importancia clínica, el 41% de los estudiantes. Se observó falta de asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica (OR=1,4; IC 95%: 0,92-2,1), después de controlar por otras variables. *Conclusiones:* La presencia de disfuncionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica no guarda asociación significativa en estudiantes de estrato bajo.

1 Este trabajo recibió mención de honor como poster en el XLV Congreso Colombiano de Psiquiatría (Cartagena, 11 a 15 de octubre de 2007).

2 Enfermera, Maestra en Salud Pública, Profesora titular, Jefe de la Dirección de Investigaciones, Grupo de Investigación Cuidado a la Salud de los Colectivos de la Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena, Colombia.

3 Enfermera, Maestra en Enfermería, Profesora asistente, Secretaría Académica (E), Grupo de Investigación Cuidado a la Salud de los Colectivos de la Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena, Colombia.

4 Estudiante, Facultad de Enfermería. Universidad de Cartagena. Colombia.

5 Médico psiquiatra. Grupo de Investigación de Comportamiento Humano, Instituto de investigación del comportamiento humano y Profesor asociado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, Colombia.

Palabras clave: síntomas depresivos, relaciones familiares, adolescente, estudiantes, estudios transversales.

Title: Association between Family Dysfunction and Clinically Important Depressive Symptoms among Students of Cartagena, Colombia

Abstract

Introduction: The presence of clinically important depressive symptoms is the result of multiple factors. It has been pointed out that dysfunctional families relate positively with depressive symptoms with clinical significance. However, data are divergent. *Objective:* To establish the association between family dysfunction and depressive symptoms among adolescent students of a school in a low socio-economic level sector in Cartagena, Colombia. *Method:* A cross-sectional study was carried out with secondary school students. Family dysfunction was quantified with the APGAR family questionnaire, and clinically important depressive symptoms with the Zung' scale for depression. Logistic regression was used to control confounding variables. *Results:* The participants were 424 students from the seventh to the eleventh grade. Average age was 14.7 years (SD=1.6), 59% were girls, and the school grade average was 8.6 (SD=1.3). Family dysfunction was present in 41% and clinically important depressive symptoms were found in 41% of students. There was a lack of association between dysfunctional families and depressive symptoms with clinical significance (OR=1.4, 95%CI 0.92-2.1), after controlling for other variables. *Conclusions:* Family dysfunction and clinically important depressive symptoms are not associated in students living in areas with low socio-economic levels in Cartagena, Colombia.

Key words: Depressive symptoms, family relations, adolescent, students, cross-sectional studies.

Introducción

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes (1, 2). Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar (3, 4).

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogenias particulares, mediante la pertinencia al sistema. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él (5).

La adolescencia, etapa trascendental en el desarrollo del individuo, constituye una de las épocas de mayor vulnerabilidad. El cumplimiento de esta etapa no depende sólo del joven y las características de su

personalidad en consolidación, sino también, del equipamiento biológico y del ambiente social y cultural. En este último se incluyen el apoyo, la orientación y los recursos que ofrecen la familia y las instituciones educativas (6).

Con la maduración y el efecto de los cambios hormonales (7), el o la adolescente tiende a experimentar variaciones en su estado de ánimo, más intensos que en otras edades, y que pueden producirse como respuesta a hechos que a otros pueden parecer insignificantes. Dicha relativa variabilidad de los estados de ánimo puede ser pasajera en algunos casos, y en otros, de duración más prolongada. Algunos estudios muestran que más del 50% de los adolescentes mencionan haberse sentido muy tristes con mucha frecuencia, y más del 80% de ellos han pensado fugazmente en el suicidio (8).

A pesar de existir múltiples estudios a cerca de la prevalencia de depresión en adolescentes, pocos estudios informan de asociación a funcionalidad familiar. Los estudios muestran que la prevalencia de disfuncionalidad familiar en familias con hijos adolescentes puede encontrarse entre el 22% y el 33% (9, 10). Por su parte, la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes se encuentra alrededor del 40% al 50% (11-13).

Pocos estudios muestran la relación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos con impor-

tancia clínica; los pocos estudios disponibles informan que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de síntomas depresivos con importancia clínica (14, 15).

Si bien se reconoce la relevancia de los trastornos depresivos en adolescentes, muchas veces no se les proporciona la atención debida. El grupo familiar pocas veces identifica a los miembros adolescentes deprimidos; por tanto, no busca ayuda o es resistente a consultar a un profesional de la salud (16). Por tanto, resulta de vital trascendencia realizar investigaciones tendientes a determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica, dado que estos trastornos se constituyen en un problema de gran importancia para la salud e integración social del adolescente (15). Una atención especializada y oportuna les permite a los adolescentes deprimidos desarrollar su potencial y llevar una vida productiva libre de sufrimientos y patologías psíquicas (17).

El objetivo del presente estudio fue conocer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de estrato bajo (I) en Cartagena, Colombia.

Método

Se diseñó un estudio analítico de corte transversal, aprobado por

el comité de ética de la Universidad de Cartagena. La participación de los adolescentes fue voluntaria. Se consideraron los principios éticos de la investigación con seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki (18). Se solicitó por escrito autorización a las directivas de la institución y a los padres de familia.

Para la identificación de los síntomas depresivos de importancia clínica se aplicó la escala de Zung para depresión. Dicho instrumento consta de 20 ítems, con un patrón de respuesta tipo ordinal de cuatro opciones (desde “nunca” hasta “siempre”). Cada ítem recibe de 1 a 4 puntos. Las puntuaciones de 50 o más sugieren depresión (19). En Cartagena, Colombia, este instrumento ha mostrado una aceptable consistencia interna en adolescentes, con valores de alfa Cronbach de 0,67 en mujeres y 0,62 en varones (12).

La funcionalidad familiar se determinó con la aplicación de la escala de Apgar familiar. Este instrumento consta de cinco preguntas que se califican de 0 a 2 (“casi siempre”, 2 puntos; “a veces”, 1 punto; “casi nunca”, 0). Las puntuaciones del Apgar se encuentran entre 0 y 10 puntos. Puntuaciones entre 7 y 10 sugieren funcionalidad familiar, e inferiores a 7, disfuncionalidad familiar (20). En Bucaramanga, Colombia, esta escala en investigaciones con poblaciones similares mostró una alta consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach de 0,79 (21).

Todos los participantes diligenciaron la escala de Zung en sus aulas de clases, después de que uno de los investigadores expresó el objetivo y las instrucciones para diligenciar el test. El Apgar se diligenció en la residencia de los adolescentes. La escala de Apgar familiar se aplicó a una persona del grupo familiar.

La información se procesó en el paquete estadístico para ciencias sociales para Windows (SPSS 13.0) (22). Se determinaron frecuencia y porcentajes para las variables categóricas, y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. En el análisis bivariado se determinaron razones de disparidad (OR) con IC95%. Finalmente se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística, en el cual se incluyeron todas las variables que mostraron valores de $p < 0,20$. Para todas las pruebas estadísticas se aceptaron como significativos valores de probabilidad menores al 5%.

Resultados

La población de estudio estuvo constituida por 495 adolescentes de una institución educativa de secundaria de estrato socio-económico uno de Cartagena, Colombia. La muestra la conformó la totalidad de la población, de los cuales participaron 424 estudiantes de los grados séptimo a undécimo. El 14,3% de la muestra no participó en el estudio, por no asistir a clases el día de la

aplicación del instrumento o por negarse a participar.

La edad promedio del grupo fue de 14,7 años (DE=1,6) y para la escolaridad de 8,6 (DE=1,3). Un total de 250 mujeres (59%). Un grupo de 253 adolescentes (59,6%) informaron disfuncionalidad familiar. La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica fue 174 (41%).

En relación con la edad con la funcionalidad familiar, no se observó diferencia entre los adolescentes que informaron disfuncionalidad y los que no (14,8 años, DE=1,7; vs. 14,6, DE=1,6; $t=4,101$; $gl=422$; $p=0,54$). En cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar por parte de adolescentes, se encontró entre los varones un 62,1% de disfuncionalidad, comparado con un 58,9% en las mujeres, OR=1,19 (IC95% 0,78-1,78).

En el análisis multivariado no se encontró asociación significativa entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica, después de controlar por edad (véase Tabla 1).

Discusión

En el presente estudio no se encontró asociación entre disfun-

cionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de estrato bajo de Cartagena, Colombia, aun después de ajustar por edad.

De manera similar a la de este estudio, Zapata *et al.* utilizaron los mismos instrumentos de medición (Apgar familiar y escala de Zung para depresión), pero no encontraron asociación significativa entre disfunción familiar y síntomas depresivos en adolescentes (9). Contrariamente a estos datos, Escriba *et al.* observaron asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos en estudiantes de secundaria entre 12 y 16 años, con un OR de 4,3 para disfunción familiar leve, y OR de 14,4 para disfuncionalidad grave (10).

De la misma forma, un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que en las familias disfuncionales se presentaron con mayor frecuencia niveles importantes de depresión en la población mayor de 15 años; las familias con disfuncionalidad severa mostraron 1,4 veces más riesgo que las familias con disfuncionalidad moderada (23). De igual forma, Donnelly y

Tabla 1. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica ajustada por edad

Variable	OR	IC95%	p
Disfuncionalidad	1,38	0,92-2,08	0,116
Más años de edad	1,08	0,96-1,22	0,214

Haavert *et al.* observaron que en familias disfuncionales son más frecuentes los trastornos depresivos en los hijos adolescentes (24, 25). Probablemente, la falta de asociación en el presente estudio puede explicarse por los múltiples factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica o a trastornos depresivos en adolescentes (26).

Aunque en el presente estudio no se observó asociación significativa entre depresión y disfuncionalidad familiar, es importante diseñar programas de prevención desde la escuela, dirigidos tanto a padres como a adolescentes, de tal manera que el adolescente aprenda a resolver los problemas presentes en el entorno familiar, sin perder la actitud positiva hacia otras personas, así como a percibir sus experiencias dolorosas como algo constructivo y valioso para su propio desarrollo (6). De igual manera, es particularmente crítico explorar de manera oportuna síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes, ya que estos síntomas se pueden convertir en crónicos o recurrentes, y afectar el funcionamiento social y las relaciones interpersonales del individuo (27).

La relevancia de este estudio se relaciona con explorar la asociación entre síntomas depresivos y la funcionalidad familiar, variables poco investigadas por otros autores, y que, por tanto, se constituyen en referencia para futuras investigaciones que tengan como

interés particular que continúe la indagación acerca del riesgo de la disfuncionalidad familiar, en el inicio y curso no sólo de los síntomas depresivos, sino de otras alteraciones del comportamiento durante la adolescencia.

Una de las limitaciones del presente estudio fue el hecho de haber investigado solamente la función familiar, y no otras variables familiares como la estructura, las formas de comunicación y el número de convivientes, lo cual habría sido importante para tener un sustento más sólido en torno a los factores familiares que se asocian a los síntomas depresivos en adolescentes. De igual manera, posiblemente se necesite otro tipo de diseño que permita realizar un seguimiento, y así se pueda establecer claramente la relación causa-efecto.

Se concluye que la disfuncionalidad familiar no se asocia a síntomas depresivos con importancia clínica en los adolescentes del presente estudio. Se hace imperativo realizar otros estudios en población de adolescentes de otros estratos socioeconómicos medio y alto, con el fin de corroborar estos hallazgos.

Agradecimientos

A los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena que participaron activamente en esta investigación (Sara Chalacán García, Sofía Gamarra Polo, Diana Genez García y Eileen Simancas Pertuz) y a los adolescentes de la institución donde se

llevó a cabo el trabajo investigativo, por su amable participación.

Esta investigación fue financiada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, Colombia, y por el Instituto de Comportamiento Humano, de Bogotá, Colombia.

Referencias

1. Tolstoi L. Dinámica familiar. En: Huerta-González JL. La familia en el proceso de salud-enfermedad. San Luis Potosí: Tangamanga; 1998. p. 37-42.
2. Irigoyen-Coria AE, Morales-López H. Lineamientos para la elaboración de estudios de salud familiar. En: Irigoyen - Coria AE, editor. Nuevos fundamentos de medicina familiar. México: Medicina Familiar de México; 2004. p. 173-203.
3. Soriano-Fuentes S, de la Torre-Rodríguez R, Soriano-Fuentes L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Med Fam.* 2003;4(2):130-5.
4. Nuño-Gutiérrez BL, Flores-Palacios F. La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental.* 2004;27(4):26-34.
5. Minuchin, S, Fishman, H. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós; 1985. p. 156-68.
6. Kotliarenko MA, Dueñas B. Vulnerabilidad versus resiliencia: Una propuesta de acción educativa. En: Resiliencia. Construyendo en adversidad. Santiago de Chile: CEANIM; 1996. p. 50- 61.
7. Hill P. Recent advances in selected aspects of adolescent development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1993;34(1):69-99.
8. Saucedo M, Duran M. La familia: Su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
9. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado M, Miranda-Lozano V, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2007;64(5):295-301.
10. Escribá-Quijada R, Maestre-Montoya C, Amores- Laserna P, Pastor-Toledo A, Millares-Marco E, Escobar-Rabadán F. Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33(5):298-302.
11. Cogollo Z, Campo-Arias A. Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev Cienc Salud.* 2007;5(1): 33-9.
12. Campo-Arias A, Díaz C, Cogollo Z. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35(2):167-83.
13. Campo-Arias A, González S, Sánchez Z, Rodríguez D, Dallos C, Díaz-Martínez. Percepción de rendimiento académico síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Arch Pediatr Urug.* 2005;76(1):21-6.
14. McArdle P, Wiergersma A, Gilvarry E, Kolte B, McCarthy S, Fitzgerald M, et al. European adolescent substance use: the roles of family structure function and gender. *Addiction.* 2002; 97(3):329-36.
15. Engels RC, Vermulst AD, Dubas JS, Bot SM, Gerris J. Long-term effects of family functioning and child characteristics on problem drinking in young adulthood. *Eur Addict Res.* 2005;11(1):32-7.
16. Dos Santos-Palazzo J, Béria JU, Alonso-Fernández F, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria.* 2001;28(8):543-9.
17. Morla R, Saad E, Saad J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35(2):149-66.
18. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.

19. Zung WWK. Self-report depression scale. Arch Gen Psychiatry. 1965;12:63-70.
20. Arias CL, Herrera JA. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. Colomb Med. 1994;25(1):26-8.
21. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;35(1):23-9.
22. SPSS for windows 13.0. Chicago: SPSS Inc.; 2005.
23. Organización Panamericana de la Salud Colombia. Análisis de Situación de la población desplazada de estrato uno en cuatro ciudades colombianas [Internet]. [citado 2007 May 24]. Disponible en: www.paho.org/spanish/d/csu/ECPCOL-2006.pdf.
24. Donnelly M. Factors associated with depressed mood among adolescents in Northern Ireland. J Community Appl Soc Psychol. 1999;9(1):47-59.
25. Haavet OR, Saugstad OD, Strands J. Positive factors associated with promoting health in low-risk and high-risk populations of 15- and 16-years-old pupils in Oslo, Norway. Acta Pediatr. 2005;94(3):345-51.
26. Gutiérrez-Castillo AJ, Barrera-Párraga J, Cuevas A, Serdán-Sánchez L. Formas clínicas de depresión. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continua en medicina familiar. Libro 2. México: Intersistemas; 2000. p. 5-44.
27. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention- deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995;34(11):1495-503.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 10 de septiembre del 2008

Aceptado para publicación: 7 de julio del 2009

Correspondencia

Adalberto Campo-Arias

Carrera 7B No. 108A-90

Bogotá, Colombia.

campoarias@comportamientohumano.org